

心理学から見た長谷川式簡易知能評価スケールの特徴：
長谷川和夫へのインタビューから

鈴木 朋子・溝口 元

**Features of Hasegawa Intelligence Scale in Japan
from a viewpoint of psychology**

Tomoko SUZUKI, Hazime MIZOGUHI

横浜国立大学教育人間科学部紀要Ⅱ（人文科学）No.17 別冊

Reprinted from
THE HUMANITIES
Journal of the College of Education and Human Sciences
Yokohama National University
No.17, FEBRUARY, 2015

心理学から見た長谷川式簡易知能評価スケールの特徴： 長谷川和夫へのインタビューから

Featuers of Hasegawa Intelligence Scale in Japan
from a viewpoint of psychology

鈴木朋子¹, 溝口元²

Tomoko Suzuki¹, Hazime Mizoguchi²

¹横浜国立大学教育人間科学部

²立正大学社会福祉学部社会福祉学科

¹Yokohama National University, College of Education and Human Sciences

²Rissho University, Faculty of Social welfare

はじめに

知能検査は、心理学における重大な「発明」と評価されている（佐藤・溝口、1997）。知能検査は、1905年にフランスのビネ（Binet, A.; 1857-1911）とシモン（Simon, T.; 1873-1961）によって発表されたものを嚆矢として、主に心理学者によって各国で紹介・改訂されてきた。日本における知能検査の歴史については、田中ビネーの歴史（中村・大川、2003）、鈴木ビネーの歴史（石川・高橋、2008）、久保良英によるビネー式知能検査の改訂（鈴木、2003）などが心理学史の文脈で論じられている。

ところで、知能検査の開発や改訂に携わった者は、心理学者だけではない。例えば、ビネ式知能検査の検査セットを日本で初めて発売した三田谷啓（1881-1962）、知的機能の簡易評価（JART）を開発した松本恵子・金吉春は医師である。彼らは、医学上の必要から、知能検査の開発や普及に取り組んだ者たちである。だが、このような医師による知能検査の開発・改訂については、三田谷啓（1881-1962）による改訂（鈴木・岡村・木下、2009）を除いて、ほとんど検討されてこなかった。

我々は、長谷川式簡易知能評価スケール（あるいは長谷川式認知症スケール：HDS-R）を開発した長谷川和夫にインタビューをする機会を得た。長谷川は、1929（昭和4）年生まれ、1953（昭和28）年、東京慈恵会医科大学を卒業した後に、1956（昭和31）年にアメリカワシントンDCの連邦立聖エリザベス病院に留学し、1960（昭和35）年アメリカ・カリフォルニア大学医学部神経科講師をつとめた医学者である。帰国後、1964（昭和39）年東京慈恵会医科大学精神神経科講師、同大学助教授を経て、1972（昭和47）年に設立直後の東京都老人総合研究所心理精神医学部長をつとめ、1973（昭和48）年聖マリアンナ医科大学神経精神科教授、同大学学長、同大学理事長を歴任した。1999（平成11）年からは社会福祉法人・浴風会 認知症介護研究・研修東京センター長、同センター名誉センター長として現在も活躍している（長谷川、2006、片山・橋本、2009）。日本における認知症研究のパイオニアとして知られる。

長谷川式簡易知能評価スケールは、Robinson（1964）を参考に、精神科医が問診で用いる質問を抽出した「精神診査スケール」（長谷川、1970）が原版となっている。その後、新福・井上（1973）で類似の調査項目が発表されたが、長谷川自身は1974（昭和49）年、長谷川・井上・守屋の連名で「痴呆診査スケール」を発表した。このスケールは、HDSと呼ばれ、日本全国で広く使われたが、検査項目の中に「大東亜戦争の終了年」、「日本の総理大

臣名」などを問う項目が含まれていた。そのため、時代や文化に左右されない改訂版として、1991（平成3）年に加藤・下垣・小野寺・植田・老川・池田・小坂・今井・長谷川の連名で「改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）」が発表された。長谷川の母校である東京慈恵会医科大学の歴史を含めた長谷川式簡易知能評価スケールの発展の経緯は、溝口・鈴木（2014）に譲る。

なお、長谷川のインタビューは、長谷川（2006）、片山・橋本（2009）にもまとめられているが、これらの報告は、認知症研究者としての長谷川に焦点をあてたものである。今回のインタビューでは、知能検査開発者としての長谷川に焦点をあて、長谷川の経歴、長谷川式簡易知能評価スケール開発の経緯、同スケールの特徴、長谷川の知能観を語ってもらった。なお、知能検査開発とは関連が薄い、アメリカ留学時の様子なども、当時の精神科医療を伝える重要な資料になると考え、省略せず掲載する。人物名の敬称は論文の慣例に従って省き、「痴呆」等の呼称は当時の表記を尊重した。

長谷川和夫へのインタビュー

インタビュー日程：2012年11月29日

場所：認知症介護研究・研修東京センター

インタビュアー：鈴木朋子、溝口元

長谷川和夫の経歴、アメリカ留学

鈴木：長谷川先生のご経歴について伺います。先生は、愛知県でお生まれになったのですね。

長谷川：そうです。1929年、愛知県の春日井市というところで生まれて、大学は1953年3月に東京慈恵会医科大学¹を卒業いたしました。

鈴木：小学校、中学校、高校と春日井市ですか。

長谷川：私の父が銀行員だったので点々としたのです。あの頃は戦争中だったものですから。中学は名古屋市の県立明倫中学というところに3年生まで行きまして、それから東京に移ったと思います。東京市立上野中学校²というところに入りまして、そして戦災にあって、また愛知県に戻って、愛知県立小牧中学校³というところを卒業しました。そこから慈恵医大に入学して卒業した、ということになります。その頃、IBC⁴というキリスト教関係の団体で、アメリカとカナダの教会の連合組織があって、1年20人ぐらいずつ留学生試

¹ 東京慈恵会医科大学 1881（明治14）年、イギリスのセント・トーマス病院医学校で学んだ高木兼寛によって成医会講習所が開設され、英国医学が教授される。1921（大正10）年、財団法人東京慈恵会医科大学設置、1951（昭和26）年、学校法人慈恵大学・東京慈恵会医科大学となる（学校法人慈恵大学，2013）。

² 東京都立上野中学校 1924（大正13）年、第二東京市立中学校として開校、1943（昭和18）年、都制施行により東京都立上野中学校となり、1948（昭和23）年学制改革に伴い東京都立上野新制高等学校、1950（昭和25）年東京都立上野高等学校と改称（東京都立上野高等学校，2013）。

³ 愛知県立小牧中学校 1924（大正13）年、愛知県立小牧中学校として開校。1948（昭和23）年学制改革に伴い県立小牧高等学校に改称（愛知県立小牧高等学校，2013）。

⁴ IBC Interboard Committee on Christian Work in Japan（基督教事業連合委員会）、1947年に、北米八教派（アメリカンボードAB、福音改革教会E&R、福音同胞教会EUB、メソヂストMC、北長老PN、ダッチリフォームDRCA、合同教会UCC、デサイプルUCMS）の外国伝道部が、戦後の日本におけるキリスト教事業支援のために作った組織。1948年、IBCは日本基督教団、キリスト教学校教育同盟とともに内外協力会議（Council of Cooperation—CoC）を開催し、各種キリスト教事業の振興事業を手掛けた。海外への留学生派遣も、その活動の一環であった（大西，2005）。

験があったのですが、そこをパスできて、1956年9月からアメリカのワシントンDCに行きました。DCの連邦立 (federal hospital) なのですが、セントエリザベス病院⁵に精神科の研修医として留学しました。

溝口：セントエリザベス病院は、ワシントン D.C.のどの辺りですか。

長谷川：コネチカットのアナコステア (anacostia) というところです。ワシントンの南東部でしょうか。1956年の9月から1年6ヵ月セントエリザベスに留学しまして、あとの6ヵ月はボルチモアのジョンズホプキンス病院⁶という医科大学の病院で脳外科の脳波室で脳波の研究をしたのです。そして、2年経って帰ってきて、また慈恵医大の精神科に戻りまして、それから1960年の9月からまた2年間、アメリカのカリフォルニア大学医学部の神経内科の客員講師として2年ぐらいおりました。

溝口：神経内科なのですね。カリフォルニア大学はどこ分校になりますか。

長谷川：サンフランシスコです。

溝口：UCSF⁷ですね。一番、名門校ですね。

長谷川：そこの医科大学の付属病院、モフィットホスピタル (Moffitt Hospital) と言うのですけれども、そこでエアード (Aird,R.⁸) という教授に師事しまして、一緒に脳波の研究をして帰ってきて、1964年の2月に (東京慈恵会医科大学精神神経科) 講師、1969年の7月に助教授になりました。そして1972年の9月に東京都老人総合研究所⁹の心理精神医学部長をやりました。そのときは聖マリアンナの職が決まっていたのですが、とにかく来てくれと言われて、1973年3月までおまして、1973年の4月に聖マリアンナ医科大学神経精神科の教授になりました。1994年の3月まで教授を務め、(聖マリアンナ医科大学) 学長を経て、2002年4月に (聖マリアンナ医科大学) 理事長になりました。2005年の4月に、ここ (浴風会) の認知症介護研究・研修東京センター長になったのです。3年ほど前にセンター長を辞して、現在、名誉センター長になりました。今は非常勤です。

鈴木：ありがとうございます。1回目の留学のとき、エリザベス病院とジョンズホプキンス病院で指導を受けた教授はどなたでしょうか。

長谷川：セントエリザベス病院は、ウィンフレッド・オーバーホールザー (Winfred Overholser¹⁰)。同病院の院長で、ワシントンDCのジョージタウン大学の精神科の教授も

⁵ セントエリザベス病院(St. Elizabeth Hospital)、ワシントン D.C. にある国営の精神病院。1855年設立のアメリカで最古で最大の精神病院として知られる。(Local Arrangements Committee,2000)。

⁶ ジョンズホプキンス病院(Johns Hopkins Hospital)、1889年設立。4年後には医科大学が設置された。アメリカ東部を代表する医科大学である (Johns Hopkins Medicine,2013)。

⁷ UCSF、University of California, San Francisco の略。カリフォルニア大学サンフランシスコ校の医学部。

⁸ Aird,R.B.(1903-2000)、精神科医。カリフォルニア大学神経内科の設立に尽力した。脳科学の発展に寄与し、プリン-エアード症候群の研究を行ったことでも知られる。UCSF 神経内科には1949年に教授として着任した (Rosegay, 1996)。

⁹ 東京都老人総合研究所は、1972年に開設され、高齢社会がもたらす諸問題の解決を目的とした先進的な研究を行った。2009年より東京都老人医療センターと一体化、2013年現在は地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとして研究や治療に取り組んでいる (井藤, 2013)。

¹⁰ Winfred Overholser(1892-1964)、精神科医。ハーバードカレッジで経済学、ボストン大学にて法学と医学を学び、1916年に医師の資格 (M.D.) を取得した。第1次世界大戦時にアメリカ医療部隊神経精神部門に勤務し、1920年にマサチューセッツ州ガードナー州立病院 (Gardner State Hospital) の副責任者となる。重大な犯罪を犯した者の精神面の評価を規定する Briggs 法の制定に尽力するなど、司法精神医学の分野でも多くの業績を残したことで知られる。1938年にジョージワシントン医科大学の教授、1947年よりアメリカ精神医学会 (American Psychiatric

兼ねていました。

溝口：クリントンの出身校ですね。

長谷川：そして、ジョンズホプキンス大学病院の脳外科教室¹¹の脳波室に行ったわけです。

鈴木：脳外科の中の脳波室ですね。

長谷川：そうです。脳外科の教室が病院全体の脳波室を兼職していて、その附属でした。所属がここでしたから、私はその頃てんかんの研究をしていました。ダンディ・ウォーカー教授が患者さんの開頭をするのです。そうすると大脳皮質が出てくるのですが、ウォーカー教授の前において、そこへ電極をこうやって、てんかんの異常波が出てくるのはどの辺りか、一番出てくるのはどこか、ということを見るわけです。そして、一番強くはっきり出てきたところが手術する焦点で、そこを手術していく、ということをやっていました(笑)。

鈴木：すごいですね……(笑)。

長谷川：すごい経験をしました。

鈴木：セントエリザベスの先生も脳外科が専門ですか。

長谷川：セントエリザベス病院は精神病院ですから、精神科医です。

鈴木：ああ、精神科の先生ですか。アメリカで最古の大きな病院だと聞いています。

長谷川：そうです。7800床あったのですよ。

鈴木・溝口：すごいですね(笑)。

長谷川：あの頃のアメリカでは、マンモス病院というものが流行っていて、ニューヨークの州立病院などでは一万床とかいうものもありました。ここは7800床で、ものすごい敷地があり、その敷地の広さはヨーロッパのモナコ公国¹²に匹敵するものでした。だから、病棟がいくつもありました。私はレジデントでしたから、点々と場所が変わるわけです。老年精神病棟とか、それから、犯罪者の司法精神病棟みたいなところ、日本で言う医療刑務所ですね。それが5階建てぐらいのビルなのですが、そのビル全体がコンクリートの壁で覆われていて、外から見ただけではコンクリートの壁なのです。そのビルの周りが全部コンクリートでした。そこへ、精神障害で殺人を犯したとか、性犯罪者、そういう人達が入っていて、その病棟でローテーションで半年ぐらいやりました。とにかく、すごいところでしたね(笑)。そういう経験をしたのです。1956年から58年までやったのですけれども、その時期にアメリカの精神病院でレジデントをやった人は、なかなかいないと思いますよ。

鈴木：ええ、その時期のお話をうかがう機会は、なかなかありません。現地までどうやって行ったのでしょうか。

長谷川：飛行機ではなく、船で行きました。プレジデントウィルソン¹³に乗りました。13日間かかりました。ハワイで1日、朝着いて、夕方また出るのですけれども。

溝口：ああ。今のパールハーバーではなく、カメハメハ像の近くにあったパールハーバーですよ。

Association)の会長を務めた。セントエリザベス病院では、1937年から1962年まで院長を務めた(Lescouflair, 2003)。

¹¹ ジョンズホプキンス大学で当時脳外科教授を務めていた人物は、Arthur Earl Walkerである。Earl Walkerは1907年にカナダにて出生。アルバータ大学を卒業し、シカゴ大学他で神経外科の研修を受けた。1947年～1972年までジョンズホプキンス大学神経外科教授。アメリカ神経外科学会等の会長を務めた。なお、小脳の先天性形成障害と第4脳室の水頭症が合併するダンディー・ウォーカー症候群は、Earl Walkerの前任者であったジョンズホプキンス大学の神経科教授Walter Dandyと、Earl Walkerの名をとって命名されたものである(Niedermeyer, 1995)。

¹² モナコ公国の面積は2.02 km²。

¹³ プレジデント・ウィルソン(President Wilson)は、アメリカン・プレジエント・ラインが運航していた客船で、横浜からホノルルを経由してサンフランシスコ、ロスアンゼルスを経ていた(20世紀時刻表歴史館, 2013)。

長谷川：そうです。そして、サンフランシスコに着きました。大陸は列車です。2晩3日掛かります。サンフランシスコから鉄道に乗って、シカゴまで行って、シカゴでまた乗り換えました。

溝口：オハイオで乗り換えて東部に行ったのですね。

長谷川：それが2日と3晩でした（笑）。とにかく、オハイオとかあの辺りは、ずっと砂漠ですよ。1日砂漠だったから、こんな国とよく戦争したなあと思いました。

鈴木：アメリカには単身で渡られたのですか。

長谷川：そのときは独身ですから。

鈴木：そうなのですね。では、日本に帰国してから結婚なさったのですか。

長谷川：渡米の2回目のときは、一時的でしたが、一緒に行きました。2回目のときは飛行機でした。

溝口：そのときはホノルル経由か何かで行かれたのですか。直行便はないですよ。

長谷川：ホノルルではなくて、もう1つ島がありましたよね。ウェーク島でしたか。給油だけで、出られませんでした。

長谷川和夫の研究

鈴木：長谷川先生は、脳波の方が、むしろご専門なのですね。

長谷川：そうです。脳波が専門で、てんかんの患者さんを診ていました。ですから、今は精神科から小児科に移ってしまいましたが、その頃は、子供さんとか学童期とか、10歳前後に一番発病が多いものですから、てんかんが専門だったのです。日本の脳波学会の役員までやりました。ところが、1963年か1964年ぐらいのときに、新福尚武¹⁴先生が（東京慈恵会医科大学に）おいでになったのです。私はちょうど医局長でした。それで、新福尚武先生の指導を受けて、そして長谷川式スケールの初めのものを作りました。

鈴木：これが初めの、精神診査スケールですね。

溝口：では、最初の学術論文や学位論文は、てんかんのときですか。

長谷川：学位論文は、アメリカでセントエリザベス病院の性犯罪者にたくさん面接したので、竹山恒寿¹⁵先生の指導で、日本の性犯罪者と比較したのです。文化の相違での比較精神医学ということで、これが学位論文でした。この学位論文も、そんな論文を出す人はいなくて（笑）、「日米両国間における性犯罪者の比較」というものです。

溝口：それは母校でお取りになったのですか。

長谷川：そうです。慈恵会医科大学の精神科教室で、そのときは、高良武久¹⁶という人が主任教授で、奥様が高良とみ¹⁷という人です。

¹⁴ 新福尚武(1914-)、精神科医。1937年九州帝国大学医学部卒業、下田光三に師事。1947年、鳥取大学医学部助教授、教授を経て、1966年より1979年まで東京慈恵会医科大学教授。うつ病や老人性認知症の研究で知られる（上田他、2001）。

¹⁵ 竹山恒寿(1910-1975)、精神科医。1934年東京慈恵会医科大学卒業、東京帝国大学医学部付属病院精神科に入局し、三宅鉦一に師事。1941年、森田正馬亡きあとの森田神経科病院長、1946年湘南国際病院副院長、1948年東京慈恵会医科大学講師、1971年東京慈恵会医科大学客員教授。催眠療法や薬物中毒に関する研究で知られる（高良、1975）。

¹⁶ 高良武久(1899-1996)、精神科医。1899年、鹿児島生まれ。1924年、九州帝国大学医学部卒業。1929年、東京慈恵会医科大学に転任し、森田正馬に師事し森田療法を学ぶ。1937年、東京慈恵会医科大学教授。1996年、東京慈恵会医科大学名誉教授。森田療法の入院施設である高良興生院を設立した。

¹⁷ 高良とみ(1896-1993)、婦人運動家。1896年、富山県で出生（和田姓）。日本女子大学卒業、コロンビア大学、ジョージア州立大学で心理学を専攻、博士号を取得。帰国後、1928年より日本女子大学教授。1947年、参議院議員。

鈴木：はい。奥様も有名ですね。

長谷川：結婚したときも媒酌していただきました。その頃、学位の制度が変わるときだったのです。だから、アメリカ留学中から、とにかく早く論文を出すようにという手紙をもらっていたものですから、心がけて、カルテをどんどん写して日本のものと比較しました。

鈴木：学位は何年に取得されたのですか。

長谷川：1959年頃です。このときに学位を取って、結婚しました。2回目の留学では、研究のための客員講師でした。直接、学生を講義することはありませんでした。そこでどんな研究をしたかという、主に脳波と、病理といいますか、脳腫瘍か何かが出てきて、だんだん深くなってきますよね。この表面に出たものと、深いところにあるものと、この病理学的な大きさと、脳波で場所をどのくらいディテクトできるかという。そういう脳波の所見と病理所見を比較しました。向こうの病院は、誰でも情報アクセスできるのです。中央のカルテ室というものがあって、レントゲンも中央に全部ありました。資料は全部、その人の亡くなるまで、病理所見も全部一貫して取ってあって、誰でもそれにアクセスできるのです。すごくいいですね。後の研究者が、誰でも利用できる体制でした。

鈴木：すばらしいですね。

長谷川：すごいです。ですから、アメリカのそういう病院のシステムはとても適わないと思いました。

精神診査スケール開発の経緯

鈴木：なるほど。ちなみに、留学されていたときに、知能検査や、社会的にも認知症に関する検査の話は聞かれていたのですか。

長谷川：その頃は、認知症というものは、社会的にも、問題になってなかったわけですよ。

鈴木：ああ、そうだったのですか。

長谷川：少人数ですから問題ではありませんでした。認知症のことがこれだけ知られたのは、認知症の人が増えたからですよ。もちろん昔からあったわけです。ですが、それはインビジブルで、私がてんかんをやっていたとき、慈恵医大にいたときも、シーナイルディメンシア (senile dementia: 老人性痴呆) と言うのですけれども、老年痴呆やアルツハイマー型老年痴呆で入院するということは、ほとんどありませんでした。

鈴木：在宅で見えていらしたのでしょうか。

長谷川：そうです、医療に掛かってこなかったのです。薬もありませんから。

溝口：元々、平均寿命も短いからですね。

長谷川：やはり、精神科では分裂病¹⁸ですよ。分裂病、鬱病、そして神経症などが多かったのです。

鈴木：では、帰国されて新福先生からこのような研究をと言われたのが、長谷川先生と認知症の検査との出会いだったのですね。

長谷川：そうです。ですから、新福先生との出会いは運命的でしたね。

鈴木：ありがとうございます。では、精神診査スケール¹⁹についておうかがいします。この精神診査スケールの元になっているのが、こちらのアンダーソンとアイザックの文献²⁰ですか。

¹⁸ 「精神分裂病」は、2002年に「統合失調症」に呼称変更された。

¹⁹ 精神診査スケールは、長谷川和夫 1970 施設老人と精神障害—東京都内施設老人の精神学的実態調査—, 社会精神医学研究所紀要, 1(1), pp5-15にて発表された。

²⁰ 長谷川(1970, 1974)の本文及び文献欄ではAndersonとIsaccsの研究と紹介されているが、AndersonとIsaccsは本の編者である。精神診査スケールの基となった文献は、Robinson,R.A. (1964) The diagnosis and prognosis of dementia. In Anderson,W.F. & Isaccs,B.(Eds.), *Current achievements in geriatrics*. London: Cassel. pp.190-203.と考えられる。

長谷川：そうです。最初新福先生から、とにかく一緒にやってくれと言われたのは、都内にある特養や老人福祉施設に、どのくらい認知症の人や精神疾患の人がいるかということ进行调查するというのを、学会から命令されたのでしょうか、とにかく老人ホームに専門医が行って、面接をして、診断をして、どのくらい痴呆の人がいるか、それ以外の鬱病の人がいるかということを探しようということになったのです。そのときに新福先生が、「長谷川君、認知症の診断は、正常だったものを、ここから認知症とするわけで、その切れ目をどこにするかというためには、あなたの診断が昨日と今日とでブレがあるといけなくて、スケールを作りなさい。」と言われたのです。尺度ですね。そのときは、どんなスケールもなかったのが、大変困りました。ミニメンタルも何もありませんでした。

鈴木：先生の長谷川式スケールは、世界でも先駆けてのスケールですね。

長谷川：そうです。だから、とにかくそれを作らなくては行けないということで、苦肉の果てに、私達精神科医が認知症の人を診るときの質問項目をいくつか並べて、それを点数化して、できたら何点、できなかつたらゼロ、というふうにして、そして、それが何点からを認知症とするかということ、一応パイロットスタディみたいなものを井上勝也²¹と作りしました。

鈴木：それが初めの長谷川式になっていくもの、「老人の痴呆診査スケールの一検討」という論文²²ですね。

長谷川：そうですね。そのような経緯によるので、私のアイデアではなくて、新福先生の、認知症の人の知能検査的なものを作るというアイデアです。ところが、痴呆の人にしても高齢者にしても、WAISとか知能検査のような長いものは、とても疲れるので出来ないわけです。

鈴木：はい。60分ほど掛かりますものね。

長谷川：難しすぎますよね。それから、麻痺やパーキンソン症状があって、振るえてたりもします。動作を伴うテストは含めないことにしました。これが長谷川式簡易知能スケールの開発当時を振り返ったものです。新福先生はそういうことで、こういうものでHDSをつなげて、HDSのときに重み付けをしてくれた井上勝也と、守屋國光²³、この2人が一緒にやってくれたのです。これは2人共、心理学者です。

鈴木：井上先生と守屋先生は、聖マリアンナ医科大学に勤務されていたのですか。

長谷川：そうですね。井上勝也は聖マリアンナで、その当時、もしかすると最初は老人研にいたのかもしれませんが。やがて聖マリアンナに来ましたけれども、そういう人がやってくれたわけです。1968年ぐらいのときに、アンダーソンとアイザックが考案した尺度を用いました。ただし、病識とか接触とか、自発性も点数化しているわけです。この4項目（精神診査スケールの「病識」「接触」「自発性」「習慣」）です。これは状態像ですよ。これは問題でした。まず特別養護老人ホームなどに、認知症の方がどのくらいいるかということを検査しました。そういういきさつがあるのですけれども、これをやっている間に、これはおかしい、状態像なんか入れては行けない、「5つの物品です」とか、こういう項目だけで長谷川式スケールを作らなければ、ということで、これから長谷川式スケールを作っていたわけです。試行錯誤でした。

²¹ 井上勝也：早稲田大学大学院文学研究科心理学専攻修士課程修了、1976年より東京都老人総合研究所心理研究室長、1989年筑波大学助教授、1993年同教授、2005年より駿河台大学教授、筑波大学名誉教授（駿河台大学、2013）。

²² 長谷川和夫・井上勝也・守屋國光（1974）．老人の痴呆診査スケールの一検討 精神医学，33-37.

²³ 守屋國光：1973年早稲田大学文学研究科心理学専攻修了、1973年より東京都老人総合研究所主事、1979年大阪教育大学助手、1989年同大学教授、2010年退任（守屋國光、2010）。

精神診査スケールの標準化について

鈴木：初めの精神診査スケールは、1,241名を対象に研究をされている大変な研究ですね。

長谷川：ええ。11施設ぐらいやったのでしょうか。これが養護老人ホーム、これが老人病院、一番認知症が多いのが特別養護老人ホーム、それから軽費老人ホームですね（「施設老人と精神障害」第2図を参照しながら）。軽費老人ホームは少ないですね。それから、これは養護ですが、養護も少ないです。老人病院がちょうど中間にあるのでしょうか。今の板橋にある老人病院です。特養は認知症が40%でした。しかし、ここに、プレディメンシアというか、準痴呆というものを作って、ここに22%で、これは痴呆だと思うのですが、40から60%ぐらいでした。これは平均年齢がまだ75歳ぐらいでしたが、今は平均年齢が85歳ですから、今はこの倍ぐらいいるわけです。

鈴木：ところで先生、精神診査スケールのノーマルとディメンシアなどは、どのように分けたのでしょうか。

長谷川：これも点数で分けました。

鈴木：その点数の決め方は、どのようなものだったのでしょうか。

長谷川：どこかに書いてあると思うのですが。

鈴木：論文（「施設老人と精神障害」）を見た中では、その点があまりはっきりしていないのです。その後の論文（「老人の痴呆診査スケールの一検討」）は、井上勝也先生が加わってから統計的基準で分けていて、改訂（「改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成」）は、弁別力が強いといった基準で分けられているようなのですが、最初の4群（正常群、中間群、準痴呆群、痴呆群）に区切った部分には、その得点で区切ることに決めた基準が書いていないようです。はっきりとした根拠はあるのでしょうか²⁴。

長谷川：ありますよ。どこかに書いてあるはずですよ。老人の精神障害などを基準にやっているとします。この長谷川式スケール（長谷川・井上・守屋，1974）は、井上君と3人で、老人の精神スケールの一検討というところでやっているかもしれません。

鈴木：はい。1974年の論文では、得られたデータを統計的に、標準得点に換算を行っています。その中の2SDから外れたところを基準として、判定を行えるようになっています。

長谷川：その後、私は助教授に昇進させていただいて、船橋の社会精神医学研究所²⁵へ行っただけです。

鈴木：はい。慈恵会医科大学の関連研究所ですよ。

長谷川：はい。研究所です。ここに新福先生と私がいて、これがそのスタッフでした。この辺りに私がいますけれども、大原健士郎²⁶もいたのです。船橋の総武病院という病院がありまして、そこが大きな病院でした。元々、終戦当初、覚醒アミン中毒が増えたのです。ヒロポン²⁷ですね。そのヒロポンを収容するために厚労省が作ったらしいです。5~600床ぐらいありました。そこの一画に、社会精神医学研究所というものを作ったのです。これは新福先生が作りしました。2階建てで結構立派な建物がありました。

鈴木：ああ、建物があったんですね。

²⁴ 「施設老人と精神障害」における精神診査スケールは、満点が17点、「得点に準じて精神機能の低下度を正常、中間、準痴呆及び痴呆に分類した。即ち正常群：16~17 中間群：13~15 準痴呆群：10~12 痴呆群：0~9」（p6）と記載されている。得点によって4群に分けられているが、群分けの線引きをどのように決定したかについては記載がない。

²⁵ 社会精神医学研究所は1968（昭和43）年に開設、慈恵医科大学の精神科教授が歴代の所長を兼務している。

²⁶ 大原健士郎（1930-2010）高知県出身の精神神経医学者。東京慈恵会医科大学の助教授を経て1977年浜松医科大学教授、後に愛知淑徳大学教授。森田療法学会理事長をつとめた。自殺、鬱病、アルコール中毒の研究などで知られた（上田他，2001）。

²⁷ 覚せい剤の硫酸メタンフェタミンの商品名である。代表的な覚せい剤とされていた。

長谷川：所長は新福先生で、私は副所長ということで行って、ここに永富先生²⁸という人がいるのですけれども、大原健士郎、長谷川副所長、大原も助教授か何かで兼務していました。そして私が老人、大原は自殺、永富は車の運転です。その頃、ドライバーの免許で脳波を取るということをお上^{かみ}の方でやっていたのです。

鈴木：すごいですね（笑）。

長谷川：永富は、それを担当していました。費用の点とかいろいろな点で達成はできなかったのですが、永富は、運転とてんかん検査等のデータを作っていました。これはみんな社会精神医学的ですよ。そういうことを総武病院でやっていました。やはり、この新福先生というのは、すごい人です。赴任して当初、すぐにそういうことをやりましたから。それで、何年か掛かって社会精神科で建物が建ったわけです。とにかく社会精神医学は、その当時のトピックでした。それで、ここに女性の武内という心理士がいたのですが、よくやってくれました。とにかく、いろいろなことをやりました。そうすると、2、3年したある日、東京都老人研究所の担当の方から私に直に電話が掛かってきて、老人研に来てくれと言われたのです。ようするに、新福先生を通さずに一本釣りですよ。それで私は、老人研に行った方が、いろいろな研究者と知り合いになれるだろうと思って、OKしました。もう聖マリアンナに内定していたのですが、9ヵ月ぐらいだけでもいいから部長として来てくれと言われたのです。新福先生は機嫌が悪かったです。

鈴木：そうですね（笑）。

長谷川：自分の教授を通り越して、一本釣りしたわけですから。でも、やはり私も自分の研究を進行させるために行きました。そのときに、当時は千葉県における施設老人の精神を、これも長谷川式スケールで老人研の武内貞子という心理の人とやりました。老人研に行ったら、たまたま100歳老人の調査をしろということで、そこでやりました。那須先生という副所長がいて、中央大学の社会福祉学か何かの教授だったのですが、その那須先生が音頭をとられて、全国の100歳老人を調査しました。その当時は100歳老人が450人ぐらいだったのに、今は3万人ぐらいですね。

鈴木：（笑）。今はできないですね。

長谷川：そこで115名の100歳老人の面接に行ったのです。調査チームは、精神科医と内科医と心理士と社会福祉士と、それからカメラマンでした。長谷川式スケールを使いました。それで、寝たきりの人がどのくらいいるとか、いろいろなデータが集まってきて、100歳老人の特定の分布が全部集まったのです。そこで100歳老人の知能の研究ができましたから、論文になりました。当時の長谷川式スケールは、「総理大臣は誰か」とか、「大東亜戦争はいつ終わったか」とかでしたが、だんだん大東亜戦争というものも過去になってしまったし、やはり施設老人を主にしていたので一般的ではないと思ったのです。むしろ、そういう総理大臣とか大東亜戦争とか、文化、カルチャーバウンドと言うのですが、カルチャーバウンドではなくてカルチャーフリーの質問項目にしないといけないということで、聖マリアンナ医科大学に移ってから1991年に長谷川式スケールを改めたのです。オリジナルのスケールでは、ミニメンタルスケールの1年前、1974年に発表したけれども、1991年にできたものこそカルチャーフリーになっているから、一般的に通用するわけです。

長谷川式スケールの名前の由来と流通経路について

鈴木：ちなみに長谷川式スケールと呼ばれるようになったのは、いつ頃からなのでしょう。一番初めは、違う名前でしたよね。

長谷川：それは、私がこのスケールの名前をどうしようかということで、最初は慈恵医大式にしようかと言っていたのです。そうすると井上勝也先生が、「いや先生、先生が項目を作ったんだから。」と提言しました。1991年に改訂したのも心理の人なのですが、項目を選定したのは私なのです。「だから、長谷川式スケールでいいんじゃないですか。長谷川式ス

²⁸ 永富公太郎、東京慈恵会医科大学精神神経科医師。

ケールにしましょう。」と言って、それで決まってしまったのです。

鈴木：長谷川式スケールがどうやって流通していったか、先生はご存じですか。

長谷川：どうやって流通したんでしょうねえ。

鈴木：先生ご自身もご存じないのですね（笑）。

長谷川：それは、わかりません。

鈴木：私の前の職場で、薬屋さんが小さな冊子を差し入れしてくださったのですが、どなたかがエッセイを書かれています。そこで、長谷川式スケールは薬屋が何かと一緒に配って全国に流通させたということを確認読んで覚えがあるのですが、そういうわけでもないのでしょうか。

長谷川：そうですね。薬屋さんも、何か手みやげを持っていくときに、掛かり付け医の先生方の中には、診断のトレーニングを受けたことのない人がおられるでしょうから。そこで自分達の薬の宣伝のためにやられたのだらうと思うのですよ。しかし、それは一部だと思うのです。認知症を診るお医者さんだって、そんなに多くないわけです。今、大部分は介護職が老人福祉施設でやっています。おいでになったら、すぐ長谷川式スケールをやってみるそうです。いっぺんやっておけば、1年経った後、比較して経過がわかるので、介護職の人の方が数としては多いのではないかと思います。

鈴木：そうですね。医師だけが使っているわけではなくて、本当にいろいろな職種の人が使っています。

長谷川：そうですね。リハビリ職の人も使っているでしょうし、非常に広く使われています。それも高齢者が増えたということが大きな原因です。国際的にはミニメンタルが、やはり英文で出しているから、何と言ってもアメリカの人が作っているわけですし影響力が大きいですね。だから、そうなっていますけれども、日本国内では、どなたかが、長谷川式スケールがどのくらい使われているかという頻度を調べた方がいらして、92%とか93%は使っているということでした。ミニメンタルは50%満たない48%ぐらいのところでした。

溝口：介護保険法の改正のたびに、やはり認知症のところが大きくなってきて、長谷川式となっていくますからね。

長谷川：そうです。意見書を見られたときに、長谷川式スケールで大体検討をつけるのでしょうかね。

溝口：そうですね。私も介護認定審査会の委員とか、特別養護老人ホームの入所判定委員をやったことがあるのですが、まず長谷川式で何点という報告が必ず出てきます。入所されるときに、ADLと長谷川式の点数で、大体どんな方かということを見ていきますね。

長谷川：そうです。得点が1桁だったら、これは重度だろうという大体の検討がつくのです。だから、制度上も、そういうことが影響したのではないかと思います。

溝口：これは、例えばアカデミックな場面で論争があったりはしましたか。

長谷川：そうですね。学会で長谷川式スケールを改訂しているということを、噂で聞いたらしいのですが、それで私が学会で発表をしたら、座長が、「あなたが今、長谷川式スケールを改訂しているという噂があるけれども、そのことについて、どういうふうに改訂するのか話してみてください。」と言うので、「いや、それは先生、企業秘密ですから、ここでは言えません。」と言いました。そうすると、みんな爆笑しました。すると、ぱっと手を挙げた人がいて、「改訂するというのは、軽率にやらないでもらいたい。1年前に（検査を）やったのだから、旧のものでやらないと困る。1年前やったのと今やるのとで比較するときには困るから、軽率に改訂しないでくれ。」と言われました。そういう話題も出たのです。

溝口：先生がご活躍の学会というのは、もっぱら何学会になるのですか。

長谷川：老年医学会だだと思います。

鈴木：知能検査は時代と共に改訂するというのが、一般的なのですが。例えば、ビネもウェクスラー式も、改訂を10年20年ごとにチームを作ってやっているみたいですが、長谷川式の場合は、改訂すると言ったら怒られてしまったのですよね（笑）。それだけ、よく使わ

れていたスケールなのですね。

長谷川：そうですね。

鈴木：医師の先生方は、こういうスケールがあれば便利だなと思っているだけで、その作り方について意見を持つわけではないのですね。認知症の程度を測定する物差しとして、使われているのですね。

長谷川：そうですね。

溝口：石原忍が開発した色覚検査表は、戦時中でもロイヤリティを外国側が払っていたりしているということで、検査に対する報酬というものがあります。その点についてはどうでしょうか。

鈴木：知能検査だと一般的に出版社と契約を結んで何か出版をして、同じ検査用具を出してもらおうとか、用紙もマニュアルを出すというようになっていて、一応それで同じ検査、同じ条件で取ることができるというかたちになっているのですが、長谷川式の場合はそうではなく、本当に項目数が少ないこともあって誰でも使えるようになっています。出版社を通して検査を販売することは考えられなかったのですか。

長谷川：やはり出版社がいるのです。京都で、そういう心理テストを総括してやっている出版社三京房があるのです。ロールシャッハとか、そういう仕組みを全部印刷しているところですよ。あるとき、そこから電話が掛かってきて、長谷川式スケールを誰でも正確に正しくやるようにマニュアルを作りたいということでしたので、「それは結構です。お作りになるのは構いません。」と答えました。特許も何も取っていませんから。

鈴木：そうですね（笑）。保険点数にもならないそうですね。

長谷川：かつてあったのですが、今はありません。

鈴木：それは、出版の流通を乗せたり、保険点数になったりすると、広く使われなくなるというような欠点の方が大きいという理由ではないのですか。

長谷川：どうでしょうか。ミニメンタルステートだって保険点数には入りませんよね。

鈴木：入りませんね。

長谷川：長谷川式スケールの論文にも書いてありますが、これは絶対的なものではないということを書いているわけです。例えば、アルツハイマーで、徘徊してふらふら歩くような人でも満点を取ることだってあるし、教育歴が高いとか、事務的な仕事をやっている人達は、20、21のカットオフポイントで、満点の30点を取ることがあるから、これだけで認知症の診断はせず慎重に下さい、ということを書いてあります。それから、鬱病などは、認知機能が正常であるにもかかわらず低く出てしまうので慎重にやるべきです。そういうことも一応書いてありますので、とにかく、そういう限界はしっかり踏まえた上で、これだけでやってはだめですよということは記載しているつもりです。

鈴木：スクリーニングのための検査、医師の問診によって診断はするけれども、その前段階として誰もが使えるスクリーニングの検査というかたちなのですね。

長谷川：そうです。

長谷川式スケールの正しい実施法

長谷川：それから、これは私自身も反省しているところなのですが、長谷川式スケールは、診断をする人間が例えば医師だったら、医師自身がやるべきです。つまり、誰にでもできるからといって、研修医にやらせたり、事務員にやらせたりしてはいけません。そのように、点数だけで評価してはだめです。そうではなく、自分が診察するのだったら自分自身がおやり下さい、ということです。なぜかと言うと、それぞれの質問項目には意味があります。これは何を聞くかというようなことです。ですから、点数だけではなくて、意味をよく認識して使わなければいけません。それから、「6、8、2を逆に言い下さい。」というときに、2、8、6が正しいのですけれども、2、6、8と言うのが一番多いです。その最初のところがうまく逆転せず、注意力がそこまで行っていない、注意力を分割する能力があやふやだと、そういうことが起こってきます。そうすると、そこは0点になります

から4桁も進まなくていい、そういう些細なことでも大きいですよ。ですから、人によっては、「2、6、8……8、6だったか……あ、じゃ2、8、6です。」という感じで、私の前で独り言を言いながら、正しい答えに到達する、そういう脳の中の、仕組みのプロセスを私の前で陳述しているわけだから、それもデータになりますよね。ストレートに行く人と、そうでなく迷ってしまって、迷うままに間違った答えを出す人間と、迷いを、「あ、それはおかしいな。」と思って、また繰り返してやるという、そういうことを陳述するわけだから、患者さんご本人が自分の中の脳のプロセスを提供してくれるわけです。そういうものはデータですよ。点数でやると終わりですが。その次に、確かに、アリセプトか何かをやって少し良くなると、今度はストレートに答えますからね。

溝口：ああ。

長谷川：だから、あのときはゴタゴタしてやっと答えた人が、今度はストレートに言ったということで、これは一応効果があったというふうに認めていいのではないかと思います。点数としては同じでも、迷いながら結局正答になったのと、ストレートに正答を出したのでは違いますよね。ですが、点数だけだと同じ点数です。そういうこともわかるわけだから、自分でやらなければいけません。だから、掛かり付け医の講演などをさせられるとき、それを言うのです。患者さんにとっては、認知症かどうか、アルツハイマーかどうかを診断されるということは、一生の問題ですよ。

溝口：そうですね。

長谷川：結果で診断されるわけだから、一生を左右されるというのは大げさですが、少なくとも、これから俺はどうなるんだという、そういうことです。ですから、アルツハイマーや認知症の診断を告知されたら、これから自分はこういうことになるだろうと、今はもう、みんな知っています。絶対にアルツハイマーだけにはなりたくないと思っている人は多いですよ。アルツハイマーを初めて聞いたという人でも、本屋に行けばいくらでも本は置いていますし、ホームページで見れば、結局、何年か後には自分は何もかもわからない人になってしまうということがわかるわけですから、本人にとって告知をされるということは、ものすごくショックです。そう考えると、やはり診断と告知というのは、相当慎重にやるべきですよ。

鈴木：ええ。

長谷川：ただ、告知はどうしてもしなければならぬわけです。「本人には言わないでください。がっかりして何をするかわかりませんから。」と家族が言ったとか、そういう特別な場合は告知しないということもあり得ますが、そうでなければ告知が原則です。もし告知をしなかったら、例えば、処方箋を書いたときに、今は小さい診療所で薬を全部整えている診療所はあまりないでしょうから、ほとんどが院外処方です。院外処方を持って薬局に行くと、そこで薬局の人が「アリセプトですね。あなたアルツハイマー型認知症ですか。アルツハイマー型認知症はこうですよ。」と薬の飲み方を教えるわけです。それは、本人にとっては、「あの医者が、僕の最も重要な個人情報、僕に知らせる前に他人である薬剤師に知らせた。自分の一番重要な個人情報をこっちに知らせて、僕に知らせなかったのか。」と、いつべんに医者に対する不信が起きます。専門職であろうと他人ですからね。

溝口：信頼関係が問題になるわけですね。

長谷川：「あの人は俺に隠すことがあるな、これからも。」と、そういうことですよ。だから告知はしなければいけません。告知をする時期というのは、自分が処方箋を書くときだと思います。処方箋を書くときまでに、それを整えておかなければいけません。それで信頼関係を持って、信頼関係ができていなければ告知はきついですよね。

溝口：そうですね。患者さんの方から主体的に聞くということは、まず、あまりないわけですね。

長谷川：ないですね。大体、言われたいですからね。

溝口：日本人は、悪い話は聞きたくない、いい話だったら聞きましょう、という、そういうところがありますよね。癌なども、進行癌なら聞かなくてもいい、外科手術で治るのな

ら言ってくれ、というような（笑）。

認知症スクリーニングの手法としての長谷川式スケール

鈴木：もう少し長谷川式の話をお伺いしたいのですが、長谷川式スケールと、心理の人達を作る知能検査を比べると、1つ大きな違いがあるように思いました。それは作り方の違いです。心理の人が作る知能検査というのは、年代ごとにグループを分けて、ノルムを作り、年代ごとの値を作っていきます。このように作られた知能検査を見ると、記憶力は20代までは冴えているのだけれども、その後はだんだん低下していくかたちになっているようです。一方で長谷川式の場合は、健常な老人と認知症の老人との間での差を項目にしています。そのため、年代によって差があるかどうか、人間の知能の発達についての知見が生かされているかわからないように思ったのです。例えば90歳の人で20点とった場合と、50歳の人で20点とった場合とでは、意味合いが違うのではないかとか、100歳の人で30点近い人がいた場合というのは、非常に違う意味合いを持つのではないかと考えたのですが、それはどうでしょうか。

長谷川：老人研の部長の柄澤昭秀²⁹先生が、一応、年代別にHDSの平均点を出しています。しかし、それはそれで意味があるかもしれないですが、これは認知症のスクリーニングなのです。ですから、例えば60歳代でもアルツハイマーの後期だったら1桁になってしまいます。年代別でどうこうということよりも、認知症という病気の診断のためのスクリーニングですから、90歳の人でも、アルツハイマーになっても19点とかかなり高得点を取って、しかし20以下だから認知症になる。それから、もう一つは教育歴ですね。教育歴が高いと、かなり認知症が進んでいても、あまり落ちません。貯金がたくさんあるようなものです。貯金がたくさんあると、脳にアルツハイマーの病変が起きていても、予備知能の貯金がたくさんあるものだから、20点以下にならないのです。ところが、貯金が少ない、高学歴ではないような人は、同じプロセスのアルツハイマーが起きたときには、すぐに病気のカットオフポイントをはみ出してしまっただけで認知症になってしまうということがあります。ですから、そういう年代事の点数化というプロセスよりも、この長谷川式スケールの目標というのは、あくまで認知症のスクリーニング、病気のスクリーニングだという、そこが違うのではないかと思います。心理の方がおやりになるのは発達ということがありますから、だんだん発達能力で認識が増えていくだろうとか、老化のプロセスで減っていくだろうという、あくまで健常者が対象ですよね。

鈴木：そうですね、健常者が対象ですね。

長谷川：そういう年代ごとのプロセス、平均値を求めるという気持ちは、すぐ出てくると思うのですが、長谷川式スケールは、むしろ認知症の程度とか、教育歴とか、その人の生活史というか、職歴とか、そういうものに影響します。知能が高くて、しかも管理職で複雑な能力を常にしていた人は、かなり高度の認知症になっても、バーバルな情報を語れますね。

溝口：そうですね、語れますね。

長谷川：あまり認知機能がない、教育歴の低い人は、言葉数はすごく少なくなるとか、そういうことですよね。だけど、毎日の生活を見ると、言葉数の少ない人の方が普通の生活をやっていたり、こっちは人は、道に迷ったり、失禁したり、それでも知識能力は高いという、そういうことが起こってきますよね。

鈴木：やはり先生がおっしゃるように、研修医に実施させるのではなくて、全体として人間として患者さんを理解する中で、長谷川式スケールを使うと、この得点の部分にいるというように、補助として使うことが必要なのですね。

²⁹ 柄澤昭秀。1955年東京慈恵会医科大学医学部出身の精神科医。東京都老人総合研究所部長、聖徳大学人文学部心理学科教授を務めた。「柄澤式老人知能の臨床的判断基準」を発表した。

長谷川：そうです。

鈴木：現在の一般的な使われ方と違うような（笑）気がします。便利だから、20点より下だからというような使われ方も多いと思うのですがけれども、本当は良くないのですね。

長谷川：そうです。それから、中には、これは長すぎるから短くしろ、とかね。

鈴木：そうですか（笑）。

長谷川：診察時間がない、大体5分か10分の中でこのスケールでやるのに、もう少し効率的にしたい、と言うのですが、それも困りますよね。

鈴木：そうですね（笑）。

長谷川：本人から見れば、人の人生が左右されるものを、そんなに軽々しく、簡単に診断してもらいたくないですよね。

長谷川和夫の知能観

鈴木：最後に、知能観をうかがいたいと思います。先生にとって、知能とはどんなものと考えていらっしゃるかをうかがいたいのですが。

長谷川：それは非常に難しい質問だと思います。認知機能というのは、私達が考えている以上に非常に複雑で、人間が暮らしていく上で非常に重要な機能であるということは確かですよね。要するに情報のコントロールというのも認知機能だと思うのですが、その情報のコントロールというのは、どこまでを情報のコントロールと言っているかということですよ。例えば、認知機能というのは、言葉のやり取りとか、計算とか、比較するとか、記憶とかです。記憶は認知機能の一部に入ってくると思います。そういう過去の知識を累積して検索して、利用するというのは、記憶ですよ。ですから、記憶と、右に行くか左に行くかというような判断力、そういうものだと思います。ですが、簡単にそういうことかどうかということですよ。例えば、こちらの建物で工事をして、ガンガンやっていたら、その音を聞かないで会話をしていくことができます。つまり、情報をシャットアウトする能力もあるのです。選択をするわけですよ。そういう能力も認知機能の中にはあるのではないかと思います。ですから、非常に興味のあることには、みんな集中するけれども、そうでないことはシャットアウトできるということや、例えば階段を上がり下りするときに、階段の段階の長さがありますよね。それと自分の足の長さがあるって、その自分の足の長さで、その階段の幅のところで適切に下ろさなければいけません。そうでないと階段のうんと端っこのところで、ここのところが引っかかって、ボタンとなって上がっていきません。それは認知機能がやっているのだと思います。自分の足の長さで階段の幅とを瞬時に獲得して、適切なところへ下ろしていくのだと思うのです。そういうのも認知機能でしょうね。

鈴木：そうですね。

長谷川：だから、認知機能というのは、私達の知らないところでも、無意識のうちにすごく働いているに違いないと思います。ですから、理詰めの討論なども認知機能ですが、これは目に見えますし、あるいは思い出せないとか、そういうものも、はっきり体験できます。忘れていくというのも、一種の認知機能というか記憶機能の低下ですから、もし記憶を認知のところに入れるとしたら、情報の伝達とか処理ですから記憶も入るだろうと思うのですが、そういうものは自覚できますよね。ですが、自覚できない認知機能というものを、我々はしょっちゅう使っているのではないかと思うのです。

それから感情も、感情は別だという感じですが、感情だってコントロールされていると思います。例えば、前頭葉には精神抑制があるわけです。だから、前頭葉がしっかりしていれば、カッとなるのをコントロールできるわけです。また、人とお話ししているときに失礼なことを言ったり、あるいは突如として立って行ってしまったりというような、ピック病みたいな状況を考えると、普通の人は精神機能をコントロールしている前頭前野が正常であるからできるわけで、ピック病は前頭前野がやられるので、すぐコントロールができなくなるわけです。ですから、食堂で結婚式などのときに、白いナプキンを掛けて食事を

しているのに、隣の人のお肉をばつと取ってくるというのを、ピック病の人はやるらしいけれども、こういう状況のときにはきちんとしていなくてはいけないとか、そういうことはやるべきではないという複雑なことをやっているわけだから、そういう社会的な認知とか、社会的な場面を見たときに、自分がどうやって適切に合わせるかというようなことは、今までのしつけとかライフロングのコントロールとか、それから、部長は部長らしくとか、教師は教師らしくという、「らしく」というものも求められますよね。ですから、そういうことを考えると、社会的な認知というようなものが、きっと備わったんだろうと思うのですよね。

溝口：そうすると、知的障害の方は盗食があったりしますが、やはり知的障害というのは認知障害、かなり被っている感じですね。

長谷川：そうです。コントロールできない。直前にあったものを待てません。ですから、待つということも、すごく、認知機能、コントロールするところです。

溝口：我慢とか、そういうことですね。

長谷川：それから、意欲ですね。おもしろいからやってみようというのは、意欲と表現されますが、仲間を誘ってという、そういうこともすごく複雑な認知機能だと思うのです。我々は認知機能というと、読み書きそろばんとか、理詰めで討論できるとか、お話ができるとか、そういうことだけが認知機能だと思っているだろうけれども、広いのですよね。

溝口：なるほど。ただ、患者さんの中で、治りたい、治していこうというのは、やはり認知でしょうか。

長谷川：そうですね。

溝口：協力しながら、そのドクターを信じて、治って行って、復帰したいと思うこともですね。

長谷川：そうです。だから、医師や周りにいる関係者というのは、自分のあらゆる手立てを使って、その人の悩みとか、「それは大変だね。」とか、ここで告知を受けて、こういう旅をしていかななくてはいけないのですから、それを支える関係者の努力とか、その人が体験の長い辛い旅をしていくのを支えていくという、「大丈夫だよ、そばにいてあげるからね。」とか、諦めないで、いろんなお薬ができたし、このお薬を飲めば少しなだらかになるわけです。そして、いいケアをしてあげると、悪い状態を先送りする可能性が出てくると思います。お薬が4剤体制になってきて、やがては、もっと病気のプロセスをさらに抑制してくれる、いいお薬が開発されてくることも、おそらく確かだろうと思うので、この告知をされたときに、だから諦めるなとか、そういうことをちゃんと言ってあげるべきです。

鈴木：先生の認知の機能についてのお考えというのは、知能検査を初めて作ったビネという人がいますけれども、その人の考えに、すごく似ているように思います。その後の心理学者の定義だと、知能というのは知能検査で測れるのが知能です、というような操作的な定義をしたりするほど混迷しているのですけれども、初めに知能検査を作ったビネという人は、やはり、目標を持ってそれに対して持続的にやる力も含めて知能だというような言い方をしています。総合的な判断力とか、そういうものも含めてということで、すごく似ているなと感じました。今日は長い時間、どうもありがとうございました。

おわりに

本研究では、長谷川式簡易知能評価スケールを開発した医学者長谷川和夫に行ったインタビューを報告した。インタビューでは、長谷川の教育歴、特に米国エリザベス病院への留学体験が語られた上で、長谷川式簡易知能評価スケール開発の経緯、標準化の方法、検査の目的が説明され、長谷川の知能観がまとめられた。以上のインタビューを概観すると、長谷川式簡易知能評価スケールには、現在日本で頻用される知能検査と比較して次の2つの特徴があげられる。

第一に、検査目的や用途の限局化である。長谷川の「この長谷川式スケールの目標とい

うのは、あくまで認知症のスクリーニング、病気のスクリーニングだという、そこが違うのではないかと思います。」「長谷川式スケールの論文にも書いてありますが、これは絶対的なものではないということを言っているわけです。」という言葉からも分かるように、長谷川式簡易知能評価スケールは、認知症のスクリーニングを目的としている。また、検査の用途は医師の診断の補助に過ぎず、問診や観察を補足するものとして位置づけられている。この点で、被検者の全般的な知的能力や、被検者内の能力の強弱の把握を目的とする、ウェクスラー式知能検査やビネ式知能検査とは異なった目的と用途を持っている。

第二に、検査作成手順の違いがあげられる。一般的に、心理検査を作成する際には、予備調査で項目を選定した上で標本集団に試行し、評価基準を設定し、信頼性や妥当性の吟味を行う標準化作業を必要とする（塗師, 1973）。しかし、長谷川式簡易知能評価スケールは、標準化対象者である高齢者を健常群と認知症群とに分けて予備調査を実施し、両群において統計的な差を持つ項目を選定しスケールの完成としている。信頼性と妥当性は検討されているが、心理学における知能研究で議論されたような、加齢による知的能力の低下は考慮されていない。この点については、長谷川は「そういう年代ごとのプロセス、平均値を求めるという気持ちは、すぐ出てくると思うのですが、長谷川式スケールは、むしろ認知症の程度とか、教育歴とか、その人の生活史というか、職歴とか、そういうものに影響します。」と、被検者の持つ全ての要因が含有された形で得点が示されることを述べている。

医学者が開発したスクリーニング検査と心理学者が作成した知能検査とは、性質が異なるため特徴の比較には限度がある。しかし、医療や福祉の現場では、両検査は共に知的能力や認知能力を測定するものとして、多職種に常用されているのが現状である。両検査には、開発の背景に相違があること、すなわち知能の本質の探究を目指した心理学と、プラグマティズムに基づいた医学との相違があることを理解する必要がある。

謝辞

長谷川和夫先生には、ご多忙の中、長時間のインタビューにご協力をいただいた。話の内容もさることながら、先生の紳士的な態度や患者への誠実さには深い感銘を受けた。深く感謝の意を表します。本研究は、日本学術振興会の科学研究補助金（若手研究（B）22730535）の助成を受けたものです。

文献

- 愛知県立小牧高等学校（2013） 沿革，愛知県立小牧高等学校
 <<http://www.komaki-h.aichi-c.ed.jp/>>（2013年12月5日）
- 学校法人慈恵大学（2013） 理事長挨拶，学校法人慈恵大学
 <<http://www.jikei.ac.jp/jikei/index.html>>（2013年12月5日）
- 長谷川和夫（1970） 施設老人と精神障害—東京都内施設老人の精神学的実態調査—，社会精神医学研究所紀要，1(1)，5-15
- 長谷川和夫・井上勝也・守屋国光（1974） 老人の痴呆診査スケールの一検討 精神医学，16(11)，33-37
- 長谷川和夫（2006） ロングインタビュー 長谷川式スケールの考案者 長谷川和夫さん(認知症介護研究・研修東京センター長)が語る シニア・コミュニティ，40，2-8
- 長谷川和夫（2011） 長谷川式認知症スケールをめぐって，心と社会，146，79-85
- Johns Hopkins Medicine（2013） About Johns Hopkins Medicine<<http://www.hopkinsmedicine.org/about/>>（January 14,2014）
- 石川衣紀・高橋智（2008） 大阪市視学・鈴木治太郎と知能測定法標準化の実践：1920年代を中心に，東京学芸大学紀要総合教育科学系，59，363-378
- 井藤英喜（2013） 研究所概要センター長の挨拶，東京都健康長寿医療センター研究所
 <http://www.tmghig.jp/J_TMIG/about/index.html>（January 17,2014）

- 片山友子・橋本正明 (2009) 日本における認知症研究の歩み～先駆者長谷川和夫先生へのインタビュー～, 立教大学コミュニティ福祉学部紀要, 12, 133-149
- 加藤伸司・下垣光・小野寺敦志・植田宏樹・老川賢三・池田一彦・小坂敦二・今井幸充・長谷川和夫 (1991) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成, 老年精神医学, 2, 1339-1347
- 高良武久(1975) 竹山恒寿先生を偲ぶ, 精神医学, 17, 1007-1009
- Lescouflair,E (2003).WINFRED OVERHOLSER: PSYCHIATRIST(in Harvard Square Library,American Unitarians)<<http://www.harvardsquarelibrary.org/unitarians/overholser.html>> (January 14,2014)
- Local Arrangements Committee 2000 American Association for the History of Medicine(2000). a Web Tour Historic Medical Sites in the Washington, DC Area 2000 年 4 月 <<http://www.nlm.nih.gov/hmd/medtour/elizabeths.html>> (January 14,2014)
- 溝口元・鈴木朋子 (2014) 認知症の早期発見：「長谷川式簡易知能評価スケール」誕生の史的背景, 立正社会福祉研究, 16(1), 印刷中
- 守屋國光 (2010) 学んで決して真似ず (学園だより：退任にあたって), 大阪教育大学 <<http://www.bur.osaka-kyoiku.ac.jp/gakusei/gakudayori/dai160/02re03.html>> (203 年 11 月 26 日)
- 中村淳子・大川一郎 (2003) 田中ビネー知能検査開発の歴史, 立命館人間科学研究, 6, 93-111
- Niedermeyer.E.,(1995), A. Earl Walker: Neurosurgeon, Neuroscientist,and Epileptologist,Epilepsia, 36(5),516-521, 1995
- 塗師斌 (1973) テストの標準化の方法 (東洋・大山正・詫摩武俊・藤永保編 (1973) 心理用語の基礎知識, 有斐閣, 325)
- 20 世紀時刻表歴史館 (2013) 焼跡の港町に響く汽笛－復活した憧れの太平洋航路 <http://www.tt-museum.jp/war_0180_apl1949.html> (2013 年 12 月 5 日)
- 大西晴樹 (2005) 『同盟百年史紀要』第三号から教育同盟の戦後の遺産と克服すべき課題－「内外協力会」関連資料について－, キリスト教学校教育同盟『百年史紀要』第三号<http://www.k-doumei.or.jp/np/2005_06/2-1.htm> (2013 年 12 月 5 日)
- Rosegay,H.,(1996) UCSF About Us (Rosegay,H.1996,A History of Neurological Surgery at the University of California, San Francisco. Neurosurgery.38,794-805.) <http://neurosurgery.ucsf.edu/index.php/about_us_history.html>(2013 年 12 月 5 日)
- 佐藤達哉・溝口元 (編著) (1997) 通史日本の心理学, 北大路書房
- 新福尚武・井上勝也 (1973) 精神老化度の評価, 社会精神医学研究所紀要, 4(1), 1-20
- 駿河台大学 (2013) 現代文化学部教員紹介 <http://www.surugadai.ac.jp/gakubu_in/gendai/kyoin/k_inoue.html> (203 年 11 月 26 日)
- 鈴木朋子 (2003) 久保良英によるビネー式知能検査の改訂, 心理学史・心理学論, 5, 1-13
- 鈴木朋子・岡村宏美・木下利彦 (2009) 三田谷啓によるビネ式知能検査の改訂, 心理学史・心理学論, 10/11, 1-10
- 東京都立上野高等学校 (2013) 学校長挨拶, 東京都立上野高等学校 <<http://www.ueno.ed.jp/principal/>> (2013 年 12 月 5 日)
- 上田正昭他監修 (2001) 講談社日本人名大辞典, 講談社

